

ANNÉE 1941

N° 268

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

René JOURDAIN

Né le 7 Septembre 1909, au Havre (Seine-Inférieure)

IMPORTANCE DE L'AMYGDALECTOMIE
dans la Prophylaxie et le Traitement
du Rhumatisme articulaire

Président de Thèse : M. TAPIE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1941

ANNÉE 1941

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

René JOURDAIN

Né le 7 Septembre 1909, au Havre (Seine-Inférieure)

IMPORTANCE DE L'AMYGDALECTOMIE
dans la Prophylaxie et le Traitement
du Rhumatisme articulaire

Président de Thèse : M. TAPIE, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1941

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	POLONOVSKI
Bactériologie	ROBERT DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLÉRY-RADOT.
Pathologie chirurgicale.....	MONDOR.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée....	HENRI BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	CHIRAY.
Clinique médicale.....	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	LOEPER
	RATHERY.
	LEREBoullet.
	NOBECOURT.
	LAIGNEL-LAVASTINE
Hygiène et clinique de la première enfance	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies mentales et des ma-	LEMIERRE.
ladies de l'encéphale.....	CUNEO
Clinique des maladies cutanées et syphi-	GOSSET
litiques	GREGOIRE
Clinique des maladies du système nerveux	LENCRMANT.
Clinique des maladies infectieuses.....	VELTER.
Clinique chirurgicale.....	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique ophtalmologique.....	JEANNIN.
Clinique urologique	LEVY-SOLAL.
	MOCQUOT.
Clinique d'accouchements.....	OMBREDANNE.
Clinique gynécologique.....	HARVIER.
Clinique chirurgicale infantile et ortho-	LEMAITRE.
pédie	PIERRE DUVAL.
Clinique thérapeutique médicale.....	M. VILLARET.
Clinique oto-rhino-laryncologique.....	TROISIER.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	MATHIEU.
Clinique propédeutique.....	LAUBRY.
Clinique de la Tuberculose.....	CLOVIS VINCENT.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'a-	N...
dulte	
Clinique cardiologique	
Clinique de neuro-chirurgie	
Assistance Médico-Sociale.....	

Professeurs sans chaire...



HAZARD.
MULON.
OLIVIER.
SANNIÉ.
VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

Pathologie chirurgicale.. AMELINE.
 Pathologie médicale.... BARIETY.
 Pathologie médicale BERNARD ETIENNE.
 Hygiène..... BESANÇON JUSTIN.
 Bactériologie..... BONNET.
 Chimie BOULANGER.
 Pathologie médicale.... BOULIN.
 Pathologie médicale.... BROUET.
 Histologie BULLIARD.
 Pathologie médicale.... CACHERA.
 Anatomie CORDIER.
 Pathologie médicale COSTE.
 Prologie COUVELAIRE.
 Anatomie pathologique DELARUE.
 Pathologie médicale DELAY.
 Physique DEGREGZ H.
 Médecine légale DESOILLE.
 Obstétrique DIGONNET.
 Physique DOGNON.
 Pathologie chirurgicale FEVRE.
 Pathologie chirurgicale.. FUNCK-BRENTANO
 Parasitologie GALLIARD.
 Pathologie médicale.... GARCIN.
 Anatomie pathologique . MIL. GAUTHIER-VILLARS
 Pathologie médicale.... DE GENNES.

MM.

Histologie GIROUD.
 Pathologie médicale.... HAGUENAU.
 Oto-rhino-laryngologie . HALPHEN.
 Hygiène JOANNON.
 Obstétrique LACOMME.
 Obstétrique LANTUEJOUL.
 Parasitologie LAVIER.
 Pathologie médicale LELONG.
 Pathologie expérimentaleLEMAIRE.
 Pathologie médicale LENEGRE.
 Pharmacologie Mlle J. LEVY.
 Pathologie médicale MARCHAL.
 Pathologie chirurgicale MENEGAUX.
 Pathologie médicale MOLLARET.
 Pathologie médicale MOUQUIN.
 Pathologie chirurgicale . PATEL.
 Pathologie chirurgicale . PETIT-DUTAILLIS
 Ophtalmologie RENARD.
 Physiologie RICHET.
 Pathologie chirurgicale . SENEQUE.
 Pathologie chirurgicale . SICARD.
 Pathologie médicale SOULIE.
 Obstétrique SUREAU.
 Pathologie médicale TURPIN.
 Pathologie chirurgicale . WILMOTH.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

Pathologie chirurgicale.. ALGLAVE.
 Pharmacologie BUSQUET.
 Physiologie CHAILLEY-BERT.
 Obstétrique GUENIOT.
 Pathologie chirurgicale.. HEITZ-BOYER.

MM.

Anatomie pathologique.. HUGUENIN.
 Obstétrique LE LORIER.
 Parasitologie NEVEU-LEMAIRE.
 Médecine légale..... PIEDELIEVRE.
 Obstétrique VAUDESCAL.

IV. — AGREGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.
ALAJOUANINE.
BRULÉ.
CATHALA.
CHABROL.
CHEVALIER.
DONZELOT.
DUVOIR.
GASTINEL.
LAROCHE G.
LIAN.
MOREAU.
SEZARY.

Clinique
médicale.

MM.
BASSET.
BROCC.
CADENAT.
FEY.
GATELLIER.
de GAUDART
d'ALLAINES
LEVEUF.
MOULONGUET
MOURE.
QUENU.

Clinique
chirurgicale.

MM.
ECALLE
METZGER.
PORTES
VIGNES

Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

Education physique
Radiologie clinique
Stomatologie
Puériculture

MM.
CHAILLEY-BERT, agrégé.
LEDOUX-LEBARD.
RUPPE.
WEIL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

*Faible témoignage de ma
tendre affection et de ma
reconnaissance infinie.*

A MA CHERE FEMME

*Fidèle compagne des bons et
des mauvais jours. Hommage
de ma tendresse.*

A MON BEAU-PERE

LE MÉDECIN GÉNÉRAL PHEULPIN

Ancien Directeur du Service de Santé
de la VIII^e région Besançon

*Dont la noble vie de travail,
de bonté et de dévouement sera
pour moi le plus bel exemple.*

A MA BELLE-MERE ET A MES BELLES-SŒURS

MICHÈLE, GILBERTE, JOSIANE

*Qui m'ont toujours montré
une affection dont je sens le
prix.*

A MON BEAU-FRERE

LE DOCTEUR MARCEL FRECHIN

ET A MA BELLE-SŒUR

A MONSIEUR LE DOCTEUR TAPIE

Professeur de Clinique Médicale
à la Faculté de Médecine de Toulouse

*Qui m'a fait le très grand
honneur d'accepter la Prési-
dence de cette thèse.*

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

Stage

MONSIEUR LE PROFESSEUR GOSSET

MONSIEUR LE PROFESSEUR CARNOT

MONSIEUR LE PROFESSEUR CATHALA

MONSIEUR LE PROFESSEUR MONDOR

Externat

MONSIEUR LE PROFESSEUR BROcq

MONSIEUR LE PROFESSEUR TROISIER

MONSIEUR LE PROFESSEUR LIAN

MONSIEUR LE DOCTEUR BOUCHET

A MES CHEFS DE CONFERENCES

A MES AMIS DANS LES HOPITAUX

A MES PARENTS

A MES AMIS

AVANT-PROPOS

Les conditions particulièrement pénibles au cours desquelles ce travail fut composé et rédigé, explique sa brièveté et le caractère sommaire de sa documentation.

Nous aurions voulu y inclure les observations que nous souhaitions réunir. Faute de temps, nous avons dû nous borner à publier des statistiques.

Si ce modeste ouvrage y perd quant au cachet personnel que nous désirions lui imprimer, du moins la concordance de résultats portant sur un grand nombre de cas nous semble-t-elle être en elle-même un assez bon argument en faveur de la thèse que nous avons essayé de soutenir.

INTRODUCTION

La conception de l'infection focale est une de celles qui ont le plus contribué à l'évolution des idées actuelles sur la pathogénie du rhumatisme articulaire aigu.

En dehors de l'élément purement allergique qui conditionne les possibilités d'apparition du syndrome, les amygdales peuvent être le siège de l'infection causale, soit par une inflammation chronique et récidivante, soit par une poussée aiguë qui joue le rôle de stimulus.

L'inflammation est généralement le point de départ de l'évolution du rhumatisme articulaire aigu, mais elle peut jouer également ce rôle dans le rhumatisme chronique, qui ultérieurement, continuera son évolution autonome quelle que soit l'évolution individuelle du processus amygdalien.

Il va de soi qu'il n'entre pas dans notre esprit de généraliser des faits fréquents et non constants et de tomber dans l'erreur des Américains qui ont voulu placer l'infection focale au centre de toutes les infections et affections viscérales ou articulaires.

Nous nous proposons de démontrer que, quand l'origine amygdalienne a été nettement mise en évidence, le rhumatisme articulaire aigu trouve dans la tonsillectomie un élément thérapeutique favorable, toute l'évolution ultérieure de l'affection s'en trouvant influencée.

Nous voulons également rappeler que des cas de guérison définitive de rhumatisme articulaire aigu ont été enregistrés après amygdalectomie, bien que nous devions insister sur le fait qu'il ne faut pas espérer influencer les localisations viscérales ou même articulaires profondes par une telle intervention qui n'acquiert toute sa valeur que si elle est pratiquée dès le premier stade évolutif de la maladie.

Nous mettrons en garde, avant de tirer de notre travail les conclusions qu'il comporte, contre la systématisation d'une telle pratique interventionniste, les amygdalectomies abusives risquant de priver l'organisme d'un tissu et d'un organe dont les fonctions sont encore mal connues, qui peut être doué de propriétés endocrines et qui « puisqu'il existe, doit avoir des raisons d'exister ». (CH. RICHET.)

CHAPITRE PREMIER

RHUMATISME D'ORIGINE AMYGDALIENNE

La plupart des auteurs admettent que le rhumatisme articulaire aigu est une maladie infectieuse, comme en témoignent ses manifestations cliniques, la fièvre et l'atteinte de l'état général.

La stérilité du liquide céphalo-rachidien, le fait que le germe causal soit inconnu, ne sont pas des raisons suffisantes pour qu'on puisse le nier.

Les travaux modernes se sont efforcés de rechercher le siège initial de la lésion, le point d'où partent les microbes pour envahir les articulations.

TROUSSEAU, le premier, nota l'existence presque constante d'une angine précédant l'apparition des phénomènes articulaires, et l'angine depuis lui est devenue l'un des signes de la maladie. Mais les modernes sont allés plus loin, et l'angine serait pour eux, non plus seulement un symptôme, mais un épisode prémonitoire prélude aux accidents rhumatismaux.

Pour POWLER, KINGTON, MARANON, 80 % des crises

de rhumatisme articulaire, sont précédées d'une amygdalite. Pour PORTMANN : « il suffit d'interroger un rhumatisant articulaire, pour découvrir dans son passé des poussées fréquentes d'amygdalite et d'examiner sa gorge pour déceler des amygdales suspectes, hypertrophiées ou non.

C'est aussi l'opinion de WORMS et LE MÉE qui écrivent : « l'amygdale paraît être la porte d'entrée de l'infection dans la plupart des cas de rhumatisme articulaire » et cette constatation a été la source en Allemagne puis en Amérique de nombreux travaux qui ont abouti à la théorie de la « focal infection ». L'angine serait la première localisation de l'agent infectieux de cette maladie.

Comment peut-on expliquer que le foyer initial de l'infection siège le plus souvent au niveau des tonsilles ?

Certes, tout tissu lymphoïde infecté pourrait être incriminé et notamment tous les éléments de l'anneau de WALDEYER. Mais, le siège de l'amygdale palatine la rend beaucoup plus vulnérable aux infections, plus susceptible d'être ainsi soumise à une infection chronique. On conçoit qu'à la longue elle cesse d'assurer son rôle de protection et devienne au contraire un réservoir de microbes, soit que ceux-ci se déversant dans l'organisme créent directement des infections à distance, soit plutôt, comme on tend à le penser actuellement, qu'ils créent au niveau des articulations, une sensibilisation locale, un état d'allergie tel qu'une nouvelle attaque microbienne provoque la crise.

Si, le plus souvent, l'infection focale prend l'allure d'une angine franche, séparée de la crise de rhumatisme articulaire, aigu par un intervalle de temps variable (de quelques jours à trois semaines) cette angine peut être remplacée, d'autrefois, par une inflammation chronique du tissu amygdalien. Celle-ci est caractérisée par une coloration rouge des amygdales, l'existence de cryptes à contenu caséux et d'une hypertrophie ganglionnaire régionale.

Une fois le rhumatisme et ses localisations cardiaques installés, des récives sont possibles à l'occasion d'une nouvelle poussée inflammatoire des amygdales en l'absence même parfois d'une angine.

Il y a eu alors brusque perméabilité de la barrière amygdalienne et mise en circulation des germes pathogènes contenus dans les cryptes.

Aussi, dans les cas du rhumatisme articulaire chronique les lésions peuvent-elles évoluer en l'absence de toute manifestation tonsillaire : la maladie est devenue autonome.

CHAPITRE II

LES FAITS EXPÉRIMENTAUX.

Si la preuve du rapport entre l'infection amygdalienne et l'apparition du rhumatisme articulaire aigu peut se tirer de l'étude des antécédents des rhumatisants, on peut aussi en voir la confirmation dans l'examen des faits expérimentaux.

Dès 1864, LÖEFFLER produit chez les lapins une arthrite par injection intra-veineuse du streptocoque prélevé chez un angineux.

MEYER, par le même procédé, obtient des arthrites et quelques endocardites.

GRAF trouve dans les amygdales d'un rhumatisant opéré, des lésions du type nodule d'Aschoff, dans les tissus péritonsillaires.

Et nous pouvons citer les travaux relativement récents de M. GUYOT de Zurich qui, inoculant à 15 lapins le contenu d'amygdales de malades atteints de rhumatisme articulaire aigu, obtint les résultats suivants :

5 moururent de septicémie le premier jour. Mais

chez les dix autres, il découvrit des polyarthrites purulentes, compliquées dans trois cas de myosite généralisée et dans quatre cas de lésions cardiaques.

Il semble donc bien exister dans les amygdales de rhumatisants, des germes susceptibles de reproduire dans tous les cas, et à l'exclusion de toute autre lésion, une polyarthrite.

La plus grande divergence existe à l'heure actuelle sur la nature de ces germes, quoique la plupart des auteurs le rattachent à la famille des streptocoques.

CHAPITRE III

RÉSULTATS CLINIQUES. DE L'AMYGDALECTOMIE

Le principe de la « focal infection » étant admis, on a été naturellement amené à superposer au traitement symptomatique agissant sur les lésions, un traitement prophylactique s'adressant au foyer local de l'infection : ce fut d'abord la tonsillectomie.

Mais devant ses résultats incomplets, on en vint à l'extirpation totale, seul moyen d'éviter toute possibilité de réinfection.

Voici quelques statistiques opératoires :

De 1924 à 1934, la tonsillectomie fut pratiquée à Zurich chez 125 malades atteints de rhumatisme articulaire aigu.

Chez certains opérés de rhumatisme chronique, la preuve de l'origine amygdalienne fut apportée par l'apparition d'une légère poussée de mono ou polyarthrite dans les jours qui suivirent l'intervention ; celle-ci régressa rapidement sous l'effet du traitement salicylé.

Le tableau suivant résume l'enquête faite chez ces malades.

60 % n'ont présenté depuis l'opération, aucune atteinte nouvelle de rhumatisme et furent considérés comme guéris.

Dans 21 % des cas, l'intervention a enrâyé l'évolution du rhumatisme, ou, ceux qui souffrent parfois de légères douleurs, considèrent actuellement leur état comme très satisfaisant.

Enfin dans 19 % des cas, l'intervention fut sans effet.

La statistique de KARL GROHE de Francfort, indique 49 % de guérison et 15 % d'amélioration.

Une autre statistique intéressante est celle de DUERTO :

Sur 41 cas de rhumatisme d'origine amygdalienne sûre (angine quelques jours avant la crise) tous ont été rapidement améliorés de leur rhumatisme. Aucun n'a pris de salicylate par la suite.

Par contre, les résultats des cardiopathies furent nuls et par ailleurs moins bons dans les cas de rhumatisme articulaire chronique que dans les cas de rhumatisme articulaire aigu.

Les statistiques de HORALE et POLEDNALE donnent :

Sur 47 cas :

75 % de guérison

23 % d'amélioration

2 % d'échec

Ces malades furent examinés après 5 ans.

Les résultats furent nuls dans les cas de cardiopathie.

CHAPITRE IV

LES AMYGDALECTOMIES ABUSIVES

Les heureux résultats par l'amygdalectomie dans le rhumatisme articulaire aigu ne doivent pas nous amener à pratiquer des tonsillectomies abusives.

Comme l'ont fait remarquer de nombreux auteurs, le fait que l'ablation des amygdales n'apporte en général aucun trouble au malade n'est pas une preuve de l'inutilité de ces organes qui, hormis le cas d'infection chronique, assure sans doute un rôle de défense.

Par ailleurs, quoique l'intervention soit dans la majeure partie des cas sans danger, les risques opératoires, si rares qu'ils soient devenus avec les techniques modernes, n'en interdisent pas moins la pratique d'une tonsillectomie de principe.

C'est dire qu'on fera bien de déconseiller l'intervention dans les cas où le rhumatisme articulaire s'accompagne de cardiopathie, celle-ci ne réagissant pas sous l'influence de ce traitement.

De même se montrera-t-on prudent dans les indications de la tonsillectomie lorsqu'il s'agira de rhumatisme chronique avec atteintes viscérales ou même articulaires profondes. L'intervention réservera au contraire ses résultats les meilleurs aux cas de rhumatisme aigu de date récente et dont l'origine amygdalienne a été nettement établie.

C'est alors qu'elle atteint, avec le maximum de chance le but recherché : arrêt de l'évolution de la maladie, prévention des rechutes articulaires et des autres atteintes viscérales, notamment cardiaque.

CONCLUSION

Le rhumatisme articulaire aigu est une affection générale qui a son origine dans un foyer d'infection locale, constitué le plus souvent par une inflammation chronique ou récidivante des amygdales.

Par la suite, le rhumatisme devenant chronique, n'a plus besoin du stimulus inflammatoire d'origine tonsillaire pour évoluer. Aussi le rapport entre infection chronique des amygdales et ostéo-arthropathie chronique est-il plus incertain.

L'origine amygdalienne du rhumatisme articulaire aigu semble bien établie par deux ordres de faits :

1° *par les données cliniques* : angine prémonitoire de la crise rhumatismale, association de l'amygdalite chronique et du rhumatisme articulaire aigu ; guérison du rhumatisme après tonsillectomie et même apparition d'une poussée rhumatismale éphémère au lendemain de l'intervention.

2° *par les résultats expérimentaux* qui dans une expérience citée plus haut donnent :

sur 15 lapins injectés du contenu des amygdales de sujets opérés : 10 polyarthrites purulentes, accompagnées dans quelques cas de lésions cardiaques.

La tonsillectomie apporte donc au traitement du rhumatisme articulaire aigu un appui important à condition que son origine amygdalienne ait été soigneusement contrôlée.

Les réponses d'anciens opérés le prouvent bien, puisque dans une statistique publiée ci-dessus :

60 % d'entre-eux n'ont plus souffert d'atteinte rhumatismale depuis le jour de leur intervention. Les résultats de la tonsillectomie sont d'autant meilleurs qu'elle a été plus précoce.

Des guérisons définitives sont encore possibles dans le cas de rhumatisme chronique mais les résultats sont déjà moins certains.

Il faut savoir cependant que l'intervention n'a aucune influence sur les lésions articulaires ou cardiaques profondes, ne provoque pas leur régression et ne les empêche pas de continuer leur évolution.

Notons enfin la nécessité d'une résection complète à laquelle il faudra parfois même associer une adénectomie.

NOTA : Nous adressons nos vifs remerciements aux « *Fichiers du Monde Médical* » qui nous ont permis de compléter notre documentation.

Vu : le Doyen de la Faculté,
BAUDOUIN.

Vu : le Président de thèse,
TAPIE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Doyen de la Faculté des Sciences
chargé des fonctions de Recteur de l'Académie de Paris
CH. MAURAIN

BIBLIOGRAPHIE

- W. B. ALLAN et J. W. BAYLOR. — Influence of tonsillectomy upon course of rheumatic fever and rheumatic heart disease : Study of 108 cases. (*Bull. Johns. Hopkins Hops.* 63 : 111-123, Aug. 1938).
- CANUYT et FROEHLICH. — Un cas de rhumatisme subaigu guéri par l'amygdalectomie totale. (*Soc. de Méd. du Bas-Rhin*, 28 février 1931).
- B. H. ARCHER. — Rheumatic fever : relations ship. of preceeding infection, tonsillectomie and mode of onset (*New-York state f. med.* 38, 1177-1182, sept. 1938).
- M. R. CASTEX, A. V. DI CIO. — Amygdalectomia y reumatismo poliarticular agudo del adulto. (*Prensa Med. Argent.* 15 : 585-591, oct. 1928).
- DUESTO. — Rhumatisme et infection amygdaliénne. Valeur thérapeutique de l'amygdalectomie. (*Les Annales d'oto-laryng.*, n° 3, mars 1933).
- R. ASCH. — Influence of tonsillectomy on rheumatic infection. (*Am. J. Dis. Child.* 55 : 67-78, Janv. 1938).
- KOTYZA. — L'influence thérapeutique de l'amygdalectomie sur le rhumatisme. (*Revue du rhumatisme*, n° 1, p. 24-39, janvier 1939).

- J. ZIMAK. — Der Einfluss der Tonsillektomie auf dem Kindlichen Rheumatismus (1938).
- V. FAIREN. — Infeccion focal. La amigdalina palatina en el reumatismo. Valor de la amigdalectomia en el tratamiento de este proceso. (*Arch. Fac. méd. de Zaragoza*, juin 1932).
- R. GUYOT. — Du rôle de l'amygdalectomie dans le traitement du rhumatisme articulaire. (*Journal de Médecine de Paris*, n° 10, 8-3-34).
- KOTYZA. — Importance de l'amygdalectomie dans la prophylaxie et le traitement du rhumatisme articulaire. (*In. Presse médicale*, n° 38, 11 mai 1938).
- WORMS et LE MÉE. — Foyers amygdaliens. (*Congrès français d'O. R. L.* Paris, 1931).
-

